

**MYCETOME ACTINOMYCOSIQUE: A PROPOS D'UN CAS AU BENIN**  
**MYCETOMA ACTINOMYCOSIS: ABOUT A CASE IN BENIN**

KOUDOUKPO C<sup>1</sup>, YEDOMON G H<sup>2</sup>, SAVI de TOVE K M<sup>1</sup>, ADEGBIDI H<sup>2</sup>, BRUN L<sup>1</sup>, ATADOKPEDE F<sup>2</sup>, VIGNON PENNAMEN M.D<sup>3</sup>, PADONOU F<sup>2</sup>.



1Faculté de Médecine, Universitaire de Parakou, Bénin.  
2Centre National Hospitalier et Universitaire Cotonou, Bénin  
3Hôpital Saint Louis, Paris Cedex 10 France

Auteur correspondant: KOUDOUKPO Christiane 02BP 1889 Cotonou E-mail:  
[chkoudoukpo@yahoo.fr](mailto:chkoudoukpo@yahoo.fr), Tel: 00 229 97648498 /95425989/90988648

**RESUME**

Les mycétomes sont des pseudo tumeurs inflammatoires contenant des grains de nature fongique ou actinomycosique. Ils sont fréquents dans les pays tropicaux et subtropicaux.

Nous rapportons un cas de mycétome actinomycosique observé chez un homme de 45 ans. Le diagnostic au début était radio-clinique. Le patient a ainsi été mis sous Kétoconazole comprimé. Il fut observé 6 mois plus tard une discrète amélioration suivie d'un état clinique stationnaire. L'histopathologie cutanée faite secondairement confirme l'étiologie actinomycosique du mycétome. Une antibiothérapie spécifique faite de Cotrimoxazole et de Streptomycine a permis en 4 mois une guérison totale.

Les différents résultats thérapeutiques obtenus confirment bien l'intérêt d'un diagnostic étiologique précis des mycétomes.

**ABSTRACT**

Mycetomas are pseudo tumors containing grains of fungic or actinomycotic nature. They are frequent in tropical and subtropical countries. We report a case of mycetoma actinomycotic observed for a man 45 years old. The first diagnosis was radiological and clinical. The patient had taken Ketoconazole tablets. Six months later we observed a discrete improvement followed by a stationary clinical state. The secondarily made cutaneous histopathology confirms the actinomycotic etiology of mycetoma. A made specific antibiotherapy of Cotrimoxazole and Streptomycine allowed in 4 months a total cure.

The various therapeutic results obtained confirm easily the interest of a precise etiologic diagnosis of mycetomas.

**Mots-clés** : Mycétome actinomycosique, Grains, Kétoconazole, Cotrimoxazole, Streptomycine.

**Key words**: Mycetoma actinomycotic, Grains, Ketoconazole, Cotrimoxazole, Streptomycine.

**INTRODUCTION**

Les mycétomes sont des infections granulomateuses réalisant des pseudotumeurs inflammatoires souvent polyfistulisées déchargeant à l'extérieur de grains fongiques ou actinomycosiques. Ils sont fréquents dans les pays tropicaux [1]. Nous rapportons un cas de mycétome actinomycosique dans le Service de Dermatologie du Centre Hospitalier Départemental et Universitaire (CHDU) de Parakou.

**OBSERVATION**

Notre patient est un cultivateur originaire du Niger âgé de 45 ans. Il a présenté depuis 1989 une tuméfaction du pied droit avec impotence fonctionnelle. Il a été vu en Mars 2009 dans le Service de Dermatologie du CHDU de Parakou. L'examen clinique a montré une tuméfaction couvrant le gros orteil droit et remontant au dos du pied jusqu'à la face interne de la malléole. Cette tuméfaction sensible et de consistance ferme était criblée de nombreux pertuis faisant sourdre une sécrétion purulente mais sans la présence de grains cliniquement

visibles. Ces pertuis étaient par endroit plats ou sur-relevés (figure 1).



**Figure 1:** Mycétome actinomycosique du pied, avant traitement Tuméfaction criblée de nombreux pertuis

Il n'y avait pas d'adénopathie inguinale palpable. Ne disposant pas d'un laboratoire de mycologie et vu l'impotence fonctionnelle, notre premier examen paraclinique était la radiographie du pied droit qui a mis en évidence une ostéocondensation du métatarse du gros orteil avec des micro lacunes réalisant un

aspect mité au niveau de la phalange proximale du gros orteil droit (figure 2).



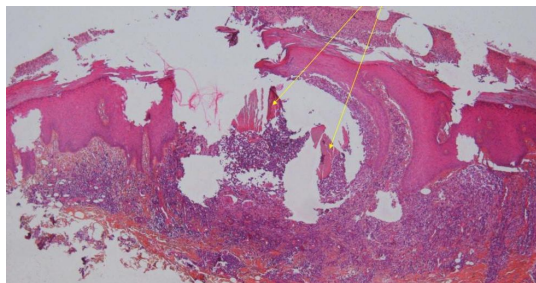
**Figure 2 :** Radiographie du mycétome actinomycosique du pied droit, avant traitement. Ostéocondensation et micro lacunes du gros orteil

Devant ce tableau radio-clinique et vu le mauvais pronostic des mycétomes fongiques nous avons opté dans un premier temps pour un traitement antifongique à raison de 400mg de Kétoconazole par jour.

Avec un recul de 6 mois l'évolution clinique a été favorable, caractérisée par une nette régression de la douleur, de la tuméfaction et la disparition de l'impotence fonctionnelle. Par ailleurs une radiographie de contrôle faite après 6 mois de traitement de Kétoconazole confirme la réduction de la taille des lacunes et le rétablissement de l'aspect normal du métatarsale du gros orteil droit. Mais malgré la poursuite du traitement par le Kétoconazole, l'évolution clinique demeure stationnaire du 6<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> mois autant sur le plan clinique que radiologique.

Devant ce statut quo une biopsie fut faite secondairement et adressée au Service d'anatomie pathologique de l'hôpital Saint Louis de Paris. L'histopathologie cutanée confirme le diagnostic de mycétome actinomycosique de par la présence dans le derme superficiel, à proximité de la basale de l'épiderme, de plusieurs fragments de grains éosinophiles avec un discret renforcement périphérique.

Ces grains sont bordés de polynucléaires neutrophiles et d'éléments macrophagiques plurinucléés. Plus à distance au sein du derme, dans une fibrose on trouve des infiltrats inflammatoires péri- vasculaires lymphocytaires (figure 3).



**Figure 3:** Mycétome: grains actinomycosiques. Grains éosinophiles bordés de polynucléaires neutrophiles et d'éléments macrophagiques plurinucléés.

Le Kétoconazole fut alors arrêté au profit d'une antibiothérapie spécifique faite de Cotrimoxazole 480mg à raison de 4 comprimés par jour pendant 4 mois et de streptomycine à raison de 1 gramme par jour pendant 2 mois. Ce traitement a permis une nette amélioration clinique et radio-clinique caractérisée par une disparition totale de la douleur et une régression notable de la tuméfaction d'une part (figure 4) et la quasi disparition des géodes réduites à une image osseuse séquellaire d'autre part (figure 5).



**Figure 4:** Mycétome actinomycosique du pied, après traitement. Régression de la tuméfaction et disparition des pertuis



**Figure 5 :** Radiographie du mycétome actinomycosique du pied droit, après traitement. Nette réduction de l'ostéocondensation et des micro lacunes du gros orteil

## DISCUSSION

Les mycétomes sont des infections chroniques dues à des agents pathogènes soit fongiques (eumycétomes) soit bactériens (actinomycétomes) qui produisent des grains. Ils peuvent siéger à n'importe quel endroit du corps, plus particulièrement aux pieds [2]. Cette localisation a valu le nom de « pied de Madura » suite à la description princeps faite à Madura en Inde en 1842 [3].

Le diagnostic des mycétomes est fondé sur la mise en évidence des grains soit à l'œil nu ou au microscope. Par ailleurs, les arguments radio-cliniques et surtout histologiques n'en sont pas moindres. Les mycétomes à grains noirs sont toujours fongiques ; les mycétomes à grains rouges sont toujours bactériens, les grains blancs et jaunes peuvent être fongiques ou bactériens [4].

Le diagnostic d'espèce des mycétomes est essentiellement fondé sur des arguments biologiques, nécessitant des milieux de culture spécifiques tels que le milieu de Sabouraud pour les eumycétomes, et le milieu de Lowenstein pour les mycétomes actinomycosiques [5,6].

Dans notre observation, ne disposant pas de laboratoire spécialisé, le diagnostic de mycétome

actinomycosique est essentiellement fondé sur des arguments radio-cliniques et surtout histologiques.

En effet, dans notre démarche diagnostique, les arguments radio-cliniques en faveur d'un eumycétome étaient insuffisants. Cela explique l'échec thérapeutique observé après neuf mois de Kétoconazole; l'amélioration clinique suivie d'un statu quo observée après les neuf mois de Kétoconazole devrait être mise sur le compte de l'action antibactérienne de ce dernier plutôt que sur son action principalement antifongique [7]. L'histopathologie effectuée secondairement, nous a permis de redresser le diagnostic en confirmant l'étiologie actinomycosique du mycétome. La guérison fut obtenue dans un délai de 4 mois après une antibiothérapie spécifique faite de l'association Cotrimoxazole – Streptomycine [8].

Notre observation confirme que quel que soient les arguments épidémiologiques et radio-cliniques, le diagnostic des mycétomes nécessite au moins la mise en évidence des grains. L'orientation thérapeutique en dépend.

## CONCLUSION

Le diagnostic précis du type de mycétome permet de mieux orienter leur traitement.

## REFERENCES

1. **Welsh O, Vera-Cabrera L, Salinas-Carmona MC.** Mycetoma. Clinics in Dermatology 2007; 25: 195-202.
2. **Dieng MT, Sy MH, Diop BM, Niang SO, Ndiaye B.** Mycétomes Ann Dermatol Venerol 2003; 130: 16-9.
3. **Ravisse P.** Mycétomes. Encycl Med Chir Maladies infectieuses 8-606 A-10, 1994; 7p.
4. **Develoux MT, Dieng MT, Ndiaye B.** Mycétomes. Encycl Med chir. Maladies infectieuses, 8-606-A, 2002; 11p.
5. **Bourrel P, Cerutti J, Disy P, Ollivier R.** Les mycétomes. A propos de 64 observations. Méd Trop 1974 ; 34 : 221.
6. **Develoux M, Vetter JM, Audoin J, Treguer J.** Soixante trois cas de mycétomes en République du Niger (Bilan étiologique basé sur l'histopathologie). Bull Soc Path Ex 1985 ; 5 : 574-84.
7. **Rebondy JP, Bazex J, Blanc CH.** Activité antibactérienne de Kétoconazole. Bulletin de la société française de mycologie. ISSN 0037-9336; 1984 ; 13(2) : 461-4.
8. **Trabelsi A, Abdelkrim S, Bousofara L, Denguezli M, Sriha B, Korbi S.** Mycetome actinomycosique : à propos d'un nouveau cas tunisien. Rev Tun infectiol 2009 ; 3(1): 26-8.